

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0871800223		
法人名	(株)ほーむけあ いしやま		
事業所名	グループホーム理想		
所在地	茨城県坂東市岩井2039		
自己評価作成日	平成23年11月28日	評価結果市町村受理日	平成24年2月21日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0871800223&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成24年1月23日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

周辺には住宅や畑があり、静かな良い環境の中にあります。近隣の幼稚園や小学校との交流もあり、南側の施設所有の畑では、利用者様や園児様と共にいろいろな野菜を作り、収穫しています。近隣住民の方々には交流会や運営推進会議への参加、また防災関係においても協力を得ています。また職員一人ひとりが多種の資格を持ち、その資格や職員の長所を生かし、ケアに努めています。そして利用者様一人ひとりの意思を尊重し、安心してその人らしい生活を送って戴けるよう支援しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

近隣に幼稚園、小学校があり日常的に世代をこえた交流がある。施設所有の畑では、食材の確保はもとより畑仕事を通して、近隣住民との交流を行っている。また、地域交流会を開催し、近隣住民を招いたり、防災訓練への協力が得られるなど地域に密着した運営がなされている。職員は、スキルアップのため毎年開催されている法人内の事例検討会を通して、利用者本位のケアを提供し続けるられるよう努力されている。看取りも行っており、その人らしい最期を迎えられるような支援をしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	管理者と職員は日々理念について話し合い、共有している。	法人の理念を掲げ、毎月の全体会議や朝夕の申し送りで確認している。毎年始めに改善点をふまえた、想想独自の目標を作成しそれにむけてケアの統一をはかっている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	隣接する幼稚園や小学校の行事に参加し、こども達と交流している。また、自治会や商工会に加入し、各種行事の参加などで地域の人々と交流している。	近隣の幼稚園とのいも掘り、小学校の運動会の予行練習に参加、また地域住民が畑仕事をてつだってくれている。秋にはホーム主催の地域交流会を行うなど、日常的に地域交流をしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	一人のためにをモットーに利用者一人ひとりの思いに応え、利用者が住み慣れた地域で自分らしく生き生きと暮らすことができるよう全職員で支援している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は、区長や民生委員、市職員、家族、施設管理者等を委員として、年6回開催している。利用者や家族等の意見、事業所の提案・改善事項を議題に協議し、出された意見や要望、質問等を、サービスの質の向上に生かしている。	月に一度、民生委員や近所の方のみならず、かかりつけ医や消防署員の参加があり、報告会だけではなく、講話の機会を設けるなど会議内容の充実をはかっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市の連絡協議会に出席したり、利用者に応じた適切な助言が受けられるよう、関係機関と定期的に連絡を取っている。	市の担当者とは連絡を密に行い、詳しく報告している。行政の訪問も頻繁にある。市主催の事業部会を半年に一度開催し情報交換を行っている。ヘルパー実習の受け入れや小中学校の体験学習の場として提供するなど、市との連携が図れている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設の方針として研修等にて指導を受け、身体拘束をしないケアを実践している。玄関を開けるとチャイムが鳴り、外出を察知した場合は職員が声をかけ合うなど、安全面に配慮している。	身体拘束は一切行わず、利用者を安全に支援するように努めている。昼は玄関の施錠を行っていない。	

茨城県 グループホーム想

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設の方針として利用者の尊厳を守るよう指導を受け、防止の徹底を図っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者や職員は、自主的に学ぶ機会を持ち、理解を深め、必要性に応じ、活用できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用契約時や改定等の際は、施設管理者を中心に、利用者や家族等に十分な説明を行い、理解を得ている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用契約時に、苦情相談受付窓口や担当者を家族等に知らせている。家族が、出席する運営推進会議で出た意見や要望などを苦情処理報告書として作成し、運営に生かしている。	家族の意見は面会時に話を聞くようにしている。意見箱を設置し、言いにくい要望も生かせるようにしている。担当スタッフを決め、より細かな対応ができるように工夫されており、情報はスタッフ全員で共有しサービス向上に反映させている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	随時意見や提案を聞くと同時に、月1回の定期的な会議にて、深く話し合い、反映させている。	毎月のスタッフ全体会議や、定期的な代表者の訪問時に意見を聞くようにしている。委員会を設置し、そこでの意見を代表者に伝えて運営にいかしている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	月1回の管理者会議や事業所会議があり、年1回の面接や新人研修への参加がある。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内で段階に応じた研修を行うとともに、認知症に関連する外部研修も積極的に参加し、報告書を作成するとともに、職員間で共有している。また職員は業務を通しての実践報告をしたり、法人内の研修大会を行い、資質向上に連なげている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	市の介護事業所連絡協議会に加入し、同業者との交流会や勉強会に参加するとともに、サービスの質の向上に生かしている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所契約時、十分に話し合いを行い、安心して生活できるよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所契約時、十分に話し合いを行い、利用者一人ひとりが安心して生活できるよう努めている旨伝える。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	利用者の生活歴を理解し、十分な話し合いを行い、必要な支援やサービスを見極めるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者の生活暦を把握し、料理や日常生活全般を利用者から学んだり手ほどきを受けている。またホームは利用者と野菜作りに取り組み、収穫の喜びを共有している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者の暮らしぶりや月々の行事を写真に撮り、近況報告として家族の面会時に報告している。また、想想便りを年6回発行しホームでの暮らしぶりを報告している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	併設しているデイサービスやショートステイの利用者が、継続してホームを利用しているので、馴染みながら安心して生活できる体制になっている。	面会時の場所の雰囲気作りに配慮している。疎遠になっている家族に面会を依頼している。昔勤めていた職場や自宅までドライブに行ったり、美容院や墓参りなど継続的な交流ができるよう働きかけている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日々の生活の中で、利用者の様子を観察し、常に一人ひとりに声をかけ、全員が関わられるよう努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要に応じ本人や家族の相談に応じる。万一逝去の知らせを受けた際は通夜や告別式に参列している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	意思伝達の困難な利用者には日々の関わりの中で、思いや意向を把握するよう努めている。	利用者の嗜好品、たとえば手作りのパンやコーヒー、アルコールなどなるべく希望に沿うように提供している。また、意向の把握が困難なケースもあるため、バリテーションの勉強をしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所契約時、よく話しを聞き情報を集めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の生活の中で、一人ひとりの性格やできる事、できない事等の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族や医師の意見を取り入れ、利用者の要望に添った介護計画を作成している。	ケアの在り方については、家族の面会時に希望や要望を聞いている。ケアプランとケア記録を連動し、利用者の視点に立った介護計画になっている。モニタリングも3か月に一度、状況が変化した場合はその都度カンファレンスを行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	1ヶ月に1度介護計画の見直しを行うとともに利用者の状態に変化が生じた時は、状況に即して随時見直しをしている。		

茨城県 グループホーム想

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ショートステイやデイサービスを併設しており、日常生活や行事開催などは事業所間で連携を図りながら柔軟に支援している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	利用者一人ひとりをよく理解し、自分らしさを大切に、その人に合った生活が送れるよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	利用者や家族等が希望する医療機関への受診を支援している。また、協力医療機関が利用者一人ひとりの健康状態を把握し、適切な支援をしている。	かかりつけ医が入所前からの主治医である利用者が多く、継続した医療が受けられている。定期的な往診のみならず、昼夜を問わず診察がうけられる。受診時の記録は日誌、ケース記録に記載。家族への連絡も早急に行い記録に残している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者の要望や気づきを訪問看護師等に伝え、適切な看護が受けられるよう支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した際、職員は様子観察に何回か出向き、病院関係者との情報交換に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期の対応について、利用者や家族、医師と十分に話し合いをしている。また医療機関への入院や終末期の対応に関する同意書を取り交わすとともに、終末期や入院時に再度確認している。	入所時に終末期のあり方について、方針を決めている。状態に応じ、かかりつけ医をまじえて方針の確認を行っている。本人や家族の意向をふまえ、安心して納得した最期を迎えられるような取り組みをしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	職員は各自自発的に学び、実践力を身に付けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防署の協力を得て年2回避難訓練を実施している。また運営推進会議で災害時の協力や合同訓練について話し合い、地域の協力が得られるよう働きかけ、実施している。	災害時協力してくれる近隣家庭が複数件あり、すぐに連絡できるように電話番号を控えている。自衛消防団との連携もとれている。備品、緊急持ち出し用品と防災ずきんの用意ができています。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者一人ひとりの人格を尊重し、排泄や入浴の声かけや支援には充分配慮している。また書類等の取り扱いには充分留意している。	援助が必要な場合も、利用者の立場にあわせたケアの提供を心がけている。書類関係は鍵付きの書棚に保管し、個人情報の保護に努めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の生活の中で、本人の思いが通るよう、常に本人に伺い、確認している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	趣味で写真を撮ったり、裁縫や散歩など利用者の希望に添ったペースで生活できるよう支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	朝自分で洋服を選び、髪を梳かし、希望日に理髪店や美容院に付き添う等、一人ひとりに合わせた支援をしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員と一緒に調理し、それぞれの能力に応じて配膳、食事、後片付けをしている。また、茶碗や湯のみ、箸は家より持参した物を使用し、利用者の身体機能や体調により食事の内容を工夫している。	献立は利用者と一緒に考え、買出しや下準備、盛り付け、配膳、下膳などを行っている。毎回4品の料理を提供し、食欲をそそるような工夫をしている。旬の食材を用いたり、おやつもなるべく手作りのものになっている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	職員は利用者一人ひとりの栄養摂取量や水分量を把握するとともに記録している。また、献立や栄養バランスについても専門家の指導を受けている。		

茨城県 グループホーム 想想

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の歯磨きの誘導や歯科衛生士により、一人ひとりに合った口腔ケアを実施している。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	利用者の自尊心を尊重しながら、言葉使いに留意し、自立に向けた支援を行っている。	入所前おむつを使用されていた方も、排泄パターンを知り、サインを見逃さずに誘導することで、トイレでの排泄へと移行できている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	必要に応じ、散歩や腹部マッサージをする。また、牛乳、ヨーグルト、果物、野菜スープ等を献立に取り入れ、予防に取り組んでいる。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	職員は利用者の希望に添って毎日入浴できるよう支援している。また菖蒲湯やゆず湯、入浴剤等を使用し、利用者が快適に入浴できるよう工夫している。	入浴時間は決まってはいるが、希望があれば、他の時間にも入浴は可能である。足ふきマットは共用だが、皮膚疾患のある場合、専用の物にしている。ゆず湯、菖蒲湯などで季節を感じてもらえるよう配慮している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	状況に応じ、一人ひとりの個性を生かし、好きな時間に休息できるよう、居室には馴染みの物を用意し、居間にもソファを置いてい。また温かい飲み物を提供したり、会話をしたりし、安心して眠れるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員は投薬の管理、服薬の支援を行い、症状に変化があった際、直ちに協力医療機関に問い合わせ指示を受けている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	職員は利用者一人ひとりの生活歴を把握し、経験を生かして野菜作りや裁縫、食事の準備や洗濯物たたみを手伝ってもらうなど、利用者の力量にあわせた役割や楽しみ事に取り組めるよう支援している。		

茨城県 グループホーム想想

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	近所に買い物や散歩に出かけている。またドライつや理髪店・美容院に出かけるなど、利用者の希望に添った外出支援している。	初詣、墓参りや日用品の買い物など、利用者の意向に沿った外出支援を、可能な限り行っている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	利用者の希望に添って随時対応している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者の希望に応じ支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室や居間から周辺の自然や畑を眺めることができる。また、玄関や共用空間に花を飾り季節感が感じられるよう工夫している。屋外では、学校の放送やチャイム、こどもの声が響き、居心地よく過ごしている。	利用者が作ったカレンダーが季節感を出している。共有スペースに台所があり、利用者にも調理している様が見えて、音や匂いがわかり利用者も気軽に手伝える、家庭的な雰囲気が漂っている。ゆったりとくつろげるソファもある。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	廊下に椅子が有り、また居間にはテーブル、椅子、ソファ、テレビが有り、好きな所で過ごすことができる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室に利用者が使い慣れたベットやテレビ、仏壇、筆筒などを持ち込み、居心地良く安心して生活できる環境になっている。	ダンスやテーブルなど、馴染みの家具を配置し、くつろげる居室になっている。家族の写真やぬいぐるみなどが飾られ、安心できる空間となっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各居室の出入り口には表札、トイレや浴室に表示あり。また廊下や居間の壁にはインフルエンザ等の情報や手洗い方法など掲示している。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	(災害対策) 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	消防署や自衛消防団の協力を得て年2回防災訓練を実施している。また運営推進会議では、災害時の協力や合同訓練について話し合い、地域の協力が得られるよう働きかけ、実施している。	災害時協力してくれる近隣家庭が複数件あり、直ぐに連絡できるよう電話番号も控えている。また備品、非常持ち出し用品と防災頭巾の用意ができていますので、職員は常に利用者さまの安全を考え、日頃より地域の方と懇意にし、交流を深める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。